

DE L'ACTION CURATIVE ET PALLIATIVE
DE LA
LAPAROTOMIE EXPLORATRICE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 19 Décembre 1894

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

LÉON LASCOUTX

Né le 7 Avril 1873, à Bayonne (Basses-Pyrénées)

Elève à l'École du Service de Santé Militaire



LYON

ALEXANDRE REY, IMPRIMEUR DE LA FACULTE DE MEDECINE

4, RUE GENTIL, 4

—
Décembre 1894

DE L'ACTION CURATIVE ET PALLIATIVE
DE LA
LAPAROTOMIE EXPLORATRICE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 19 Décembre 1894

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

LÉON LASCOUTX

Né le 7 Avril 1873, à Bayonne (Basses-Pyrénées)

Elève à l'École du Service de Santé Militaire



LYON

ALEXANDRE REY, IMPRIMEUR DE LA FACULTE DE MEDECINE

4, RUE GENTIL, 4

Décembre 1894

PERSONNEL DE LA FACULTE

MM. LORTET. DOYEN.
GAYET. ASSESSUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. DESGRANGES, PAULET, BOUCHACOURT, CHAUVEAU, BERNE.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	{	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales.	{	BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements.		OLLIER.
Clinique ophtalmologique.		PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		FOCHIER.
Clinique des maladies mentales.		GAYET.
Physique médicale.		GAILLETON
Chimie médicale et pharmaceutique.		PIERRET.
Chimie organique et Toxicologie.		MONOYER.
Matière médicale et Botanique		HUGOUNENQ
Zoologie et Anatomie comparée.		CAZENEUVE.
Anatomie.		FLORENCE
Anatomie générale et Histologie.		LORTET.
Physiologie.		TESTUT.
Pathologie interne.		RENAUT.
Pathologie externe.		MORAT.
Pathologie et Thérapeutique générales.		TEISSIER.
Anatomie pathologique.		X.
Médecine opératoire.		MAYET.
Médecine expérimentale et comparée.		TRIPPIER
Médecine légale.		POLLOSSON (MAURICE)
Hygiène.		ARLOING.
Thérapeutique.		LACASSAGNE.
Pharmacie.		X.
		SOULIER.
		CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes. LAROYENNE.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants MM. WEILL, agrégé.
Accouchements. POLLOSSON (Aug.) —
Botanique. BEAUVISAGE. —

AGRÉGÉS

MM. AUGAGNEUR.	MM. DIDELOT.	MM. ROCHET.	MM. VIALLETON.
BEAUVISAGE.	GANGOLPHE.	RODET.	WEILL.
CONDAMIN	JABOULAY.	ROLLET (ÉTIENNE)	BARRAL
COURMONT.	LANNOIS.	ROQUE.	chargé des fonctions d'ag. ég.
DEROIDE.	PERRET.	ROUX.	MOREAU, Il.
DEVIC	POLLOSSON (Aug.)		

M. ÉTIEVANT, Secrétaire

EXAMINATEURS DE LA THESE

M. POLLOSSON (M.), Président; M. LAROYENNE, Assesseur; MM. RODET et COURMONT, Agreg.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Témoignage d'affection et de reconnaissance

A MES GRANDS-PARENTS

A MES FRÈRES

A MON PARRAIN

A MES AMIS

Les D^{rs} DEFOUG, PEYROUX, COULLAUD

A MON PRÉSIDENT DE THESE

M. LE PROFESSEUR M. POLLOSSON

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ JABOULAY

A MES MAITRES

des Facultés de Bordeaux et de Lyon

Avant de quitter Lyon, nous dirons merci à tous ceux qui pendant, trois ans, nous ont prodigué sans compter les trésors de leur science et de leur bienveillance.

Merci donc à cette belle École lyonnaise que nous avons appris à aimer chaque jour davantage, à mesure que nous en avons mieux compris les hauts enseignements.

M. le professeur M. Pollosson nous a fait l'insigne honneur d'accepter la présidence de notre thèse ; qu'il veuille bien accepter ici l'hommage de notre profonde reconnaissance. Nous n'oublierons pas de sitôt son cours magistral de médecine opératoire du semestre d'été dernier, non plus que les savantes cliniques de l'Hôtel-Dieu, où s'est fait le meilleur de notre éducation clinique.

M. le professeur agrégé Jaboulay, à qui nous devons

le sujet de ce travail, a toujours été pour nous un guide sûr et bienveillant, nous l'en remercions sincèrement.

Merci enfin à tous nos amis et camarades de promotion, dont l'affection et l'indulgence ont peuplé de souvenirs si nombreux et si doux à notre cœur les trois longues années d'études qui viennent de finir.

INTRODUCTION

Lorsqu'au mois de mars dernier, M. le professeur agrégé Jaboulay nous offrit de traiter dans notre travail inaugural *De l'influence curatrice de la laparotomie exploratrice*, nous acceptâmes avec empressement. Nous avions encore présent à la mémoire le cas d'un malade opéré par notre maître l'année précédente qui avait eu un véritable succès de curiosité, grâce aux résultats absolument inattendus qui avaient suivi une laparotomie exploratrice. Nous faisons allusion ici à l'observation XV que M. le professeur agrégé Courmont a eu l'obligeance de reconstituer pour nous.

Assurément un tel sujet séduit au premier abord. Comment, par une opération aussi simple et devenue aussi inoffensive aujourd'hui, a-t-on pu sauver des malades aussi gravement atteints. Voir disparaître des tumeurs, parfois énormes et de nature douteuse par le seul fait d'inciser l'abdomen « pour aller regarder dedans » ; voilà

qui n'est pas banal, et cette sorte de prestidigitation chirurgicale suffit bien à expliquer tout l'intérêt que fit naître en nous la question. C'est le propre des jeunes et des inexpérimentés, dans les sciences comme dans les arts, de se laisser attirer par les choses étranges, vers les problèmes les plus obscurs. C'est le charme secret du mystère qui les entraîne, un peu de ce goût du merveilleux commun à tous les primitifs. Qu'on nous permette d'alléguer cette naïve excuse pour nous être attaqué à un sujet aussi complexe et difficile que l'est celui-ci. Cela explique l'enthousiasme des premiers jours, si vite suivi d'inquiétude quand on voit qu'il fut peut-être imprudent d'aborder un terrain si fertile en controverses.

Du reste, quel est le but de cette courte étude? Avant tout de réunir et de classer les faits épars dans la science et qui ont attiré notre attention sur la laparotomie exploratrice. Il s'en trouve de curieux, d'inexplicables en apparence qui nous sont transmis cependant par des praticiens et des savants dont la véracité ne peut être mise en doute.

De cette simple constatation des faits, ne pourra-t-on tirer quelque profit, avant même de les avoir suffisamment expliqués? Et ce ne serait certainement pas la première fois que le hasard deviendrait pour nous un précieux auxiliaire. Qu'il nous suffise de rappeler par exemple combien de milliers de glaucomateux ont vu leurs terribles souffrances améliorées par l'iridectomie, avant que l'on pût expliquer d'une façon certaine le mode d'action du remède. Et, puisqu'il s'agit de la laparotomie exploratrice, qui ne sait de quelle merveilleuse efficacité elle s'est montrée dans la péritonite tuberculeuse. C'est pourtant à une simple

coïncidence, toujours à ce bienfaisant hasard que nous sommes redevables de tant de succès.

Il ne faut donc pas dédaigner de s'arrêter à des faits extraordinaires, comme il ne faut pas en exagérer la portée scientifique. De ce que le hasard nous montre des résultats, il ne faut pas les expliquer par ce même hasard. C'est ce qu'on a déjà fait en plusieurs circonstances. On a invoqué le fait déjà connu de la disparition spontanée de tumeurs, etc., etc.

Alban Doran y a consacré un intéressant article (*Trans. of the obstetrical Society*, 1893). Il y aurait eu une simple coïncidence entre ces disparitions et des laparotomies exploratrices, et on aurait conclu à la relation de cause à effet.

Cette argumentation nous paraît défectueuse.

1° La spontanéité de ces mystérieuses résorptions est absolument factice. Alban Doran a pu relever pour chaque cas un agent capable de l'expliquer (grossesse, inflammation, ménopause, traumatisme).

2° Les cas de prétendue coïncidence sont trop nombreux et indiquent une relation trop étroite entre l'acte opératoire et la modification consécutive, pour permettre de s'en tenir à une explication aussi facile.

Il sera peut-être malaisé d'en trouver d'autres, car la diversité même des faits implique une multiplicité d'influences qu'il nous faudra rattacher toutes à cette intervention si simple en elle-même qu'est la laparotomie exploratrice. En nous aidant de quelques données générales nous croyons cependant pouvoir formuler plus loin quelques hypothèses à peu près vraisemblables. Faute de mieux, elles nous semblent devoir être préférées à l'abs-

tention pure et simple ou à la négation. Les faits existent et ils méritent mieux.

Du reste, nous pouvons, sans avoir fourni une réponse catégorique au pourquoi que nous nous sommes posé, arriver à des conclusions d'une certaine utilité pratique.

Nous ne proposerons pas de parti pris la laparotomie exploratrice comme traitement à adopter. Ce serait mal comprendre les observations exposées plus bas, ou mal en interpréter les données, car, ainsi qu'on le verra, ce serait faire de la laparotomie exploratrice une sorte de panacée chirurgicale absolument inadmissible. Nous nous bornerons à démontrer, dans la mesure de nos moyens, que nous sommes autorisé à étendre davantage les indications de la laparotomie exploratrice.

Voici comment nous avons cru pouvoir diviser l'étude de la question.

Chapitre premier. — Historique de la question.

Chapitre II. — Observations.

Chapitre III. — Discussion du mode d'action de la laparotomie exploratrice.

Chapitre IV. — Ses indications.

Conclusions.

DE L'ACTION CURATIVE
ET PALLIATIVE
DE LA
LAPAROTOMIE EXPLORATRICE

CHAPITRE PREMIER

Historique.

C'est vers 1842 que quelques chirurgiens anglais commencèrent à prôner la laparotomie. Leurs premiers appels firent pousser les hauts cris un peu partout dans le monde médical, car on avait alors cette sainte terreur du péritoine, rangée plus tard au nombre des préjugés. Ceux qui ouvraient des abdomens avec un zèle trop audacieux avaient des accidents de nature à donner l'alarme ; mais, avec l'antisepsie moderne, on a vu la face des choses changer heureusement, à tel point qu'il est peu d'opérations aussi pratiquées aujourd'hui que cette terrible laparotomie.

On est à peu près d'accord actuellement sur l'innocuité de cette intervention bien comprise et bien faite, et l'on a fait justice de ces plaisanteries surannées dont

si longtemps on poursuivait ceux qui « vous ouvraient le ventre pour aller regarder dedans ».

Nous ne nous attarderons pas davantage sur toutes les ressources ouvertes au chirurgien par la laparotomie, pas plus que nous n'insisterons sur sa technique, elle est trop simple et trop connue pour que nous ayons à la décrire.

Nous avons employé à dessein le terme général de laparotomie, car la laparotomie exploratrice ne pouvait être considérée au début comme une intervention particulière et nettement définie, pour la bonne raison qu'elle n'avait pas encore une individualité appuyée sur une influence quelconque sur les lésions.

Il y a quelques années, on s'est aperçu que la simple ouverture de l'abdomen agissait par elle-même sur certains processus.

Nous rapellerons ici les premiers succès obtenus dans le traitement chirurgical de la péritonite tuberculeuse. C'est souvent à des erreurs de diagnostic qu'on les a dus, et on ne s'est pas fait faute de les discuter dans tous les sens. Cependant, après la thèse de Maurange (Paris, 1889) et l'article de König (*Centralblatt für Chirurgie*, 1890), où concordaient les résultats les plus satisfaisants (82 ou 83 pour 100 d'améliorations, un quart définitivement guéris), on dut avouer qu'un nouveau traitement, un traitement efficace était trouvé. La malade de Spencer Wells, opérée en 1861, vivait encore, il y a deux ou trois ans. Hirschberg fit une laparotomie pour péritonite tuberculeuse ; à l'autopsie, huit mois après, le péritoine était parfaitement lisse.

Nous pourrions multiplier les observations de ce genre : l'excellente thèse de Pic (Lyon, 1890) en contient de

remarquables suivies d'une discussion savante des résultats obtenus ; mais c'est à d'autres faits que s'attache notre étude, faits beaucoup moins nombreux sans doute et moins expressifs, mais d'un intérêt indiscutable. Leur rareté s'explique par cette raison bien naturelle que l'on est peu porté à publier des succès déconcertants auxquels on n'ose donner une interprétation, et qui furent occasionnés par des erreurs de diagnostic. Cette coquetterie scientifique ne fut pas celle de quelques chirurgiens éminents qui osèrent mettre la question à l'ordre du jour.

Lawson Tait, en novembre 1888 (*Edinburgh medical Journal*) publie un article important sur quelques cas très intéressants observés par lui, et dans lesquels il veut voir autre chose que d'heureuses coïncidences. Deux mois avant, le 26 octobre 1888, von Mosetig Moorhof avait présenté à la Société Impériale des medecins de Vienne, une observation curieuse que nous reproduisons plus loin (*Wiener medizinische Presse*). William White de Philadelphie publia, dans les *Annals of Surgery* d'août et septembre 1891, un article intitulé *The supposed curative effect of operation per se* et s'arrête longuement sur la laparotomie exploratrice. Duplay (*Semaine médicale* du 10 juillet 1892) en a donné un compte rendu suivi de quelques appréciations personnelles.

En France, c'est Richelot surtout qui s'est occupé de la question ; il en a parlé à plusieurs reprises à la Société de chirurgie. Une première fois (29 juillet 1891), il a cité quatre cas relatifs à des adhérences considérables d'origine inflammatoire, améliorées très notablement par de simples laparotomies exploratrices. Pozzi, Tillaux, Bouilly, Terrier, vinrent confirmer son dire de leur expérience

personnelle, tout en conservant une opinion différente sur l'explication à donner des phénomènes relatés. Le 23 mai 1894, Richelot reprend la discussion à propos d'un cas de cancer de l'estomac considérablement amélioré par le même procédé.

Jaboulay (*Lyon médical*, n° 1, 1894) publie un travail dont nous nous sommes fréquemment inspiré. Villar (de Bordeaux) cite six observations personnelles de laparotomies exploratrices suivies de succès présentées au congrès de Rome la même année (*Archives provinciales de chirurgie*). Nous avons assisté nous-même, au huitième congrès de chirurgie tenu au mois d'octobre dernier à Lyon, à une communication de M. Montaz (de Grenoble) où il est aussi question des résultats produits par la laparotomie exploratrice.

Enfin, le 24 janvier 1894, à la Société Royale de médecine et de chirurgie de Londres, Greig-Smith (de Bristol) rapporte de nouveaux cas très concluants que nous avons reproduits, ainsi que ceux de Bland-Sutton, sur le même sujet.

On le voit, l'histoire de la question est toute contemporaine, mais les noms de ceux qui nous ont tracé la voie dans cette étude et l'importance des faits observés justifient largement le choix que nous en avons fait pour notre travail inaugural.

CHAPITRE II

Observations.

Nous avons pu trouver, éparses dans les diverses publications scientifiques de ces trente dernières années, trente-cinq observations plus ou moins complètes que nous avons rapportées plus loin. Nous aurions désiré pouvoir les classer suivant leur nature et les caractères anatomiques des lésions observées, mais les observateurs eux-mêmes ont négligé de se munir de ces précieuses données. On le comprend sans peine par la définition même des résultats obtenus, qu'ils ont tous qualifiés d'inattendus, d'inespérés. Qu'on nous pardonne donc cette lacune qui n'a pas dépendu de nous, car nos recherches à ce sujet n'ont pas abouti.

Il nous a donc paru rationnel de grouper les cas suivant l'ordre topographique des lésions, en commençant par ce que M. Richelot a appelé les « processus fibreux inflammatoires du petit bassin », c'est une série de quatre

ou cinq observations offrant entre elles la plus grande analogie.

Utérus et annexes.

M. Richelot le premier a attiré l'attention sur les avantages, très appréciables selon lui, que l'on peut attendre d'une simple laparotomie exploratrice, dans ces adhérences banales, d'origine inflammatoire, si fréquentes à la suite des ovaro-salpingites.

Les chirurgiens connaissent bien ces sortes de lésions, étendues à tout le petit bassin, autour de grosses trompes parenchymateuses qu'il est très difficile, impossible même dans certains cas de sculpter au bistouri, et d'enlever entièrement. Des efforts trop consciencieux peuvent amener avec la plus grande facilité des ruptures vasculaires, et surtout des déchirures intestinales.

A combien sont arrivés des accidents de ce genre pour avoir voulu trop bien faire. Richelot avoue pour sa part qu'il lui est arrivé de vouloir persister en face d'adhérences compactes, quasi-ligneuses qui provoquaient des symptômes très graves, et de voir, sans hémorragie ni rupture ni perforation quelconque, la malade succomber dans le collapsus.

De pareils accidents rendent circonspects, et l'on comprend que M. Richelot ait insisté comme il l'a fait à deux reprises (*Bul. Soc. Chir.* XVII) sur les succès que lui a donnés la simple laparotomie exploratrice. Les brides fibreuses qui formaient un inextricable fouillis, ou des « coulées » véritables de tissu compact, ont fondu en quelque sorte après cette intervention rudimentaire.

OBSERVATION I

(*Bulletin de la Soc. de Chirurgie*, juillet 1891, Richelôt.)

J'examine, le 15 janvier 1890, à l'hôpital Tenon, une femme de quarante ans qui, depuis six ans, a traversé toutes les phases de la métrite compliquée de lésions des annexes, métrorragies, douleurs, pelvi-péritonite à répétitions, dont je me dispense de vous retracer le tableau. Elle ne présente aucun signe de tuberculose, mais elle est pâle, émaciée, faible au point de ne plus quitter son lit ; elle souffre continuellement, elle crie toute la nuit et empêche ses voisines de dormir. La température oscille de 38 à 39°5 ; il y a un peu d'albumine dans l'urine. Très vive sensibilité à la palpation, au toucher vaginal ; empatement douloureux des culs-de-sac ; la malade est si maigre qu'il est très facile d'explorer la cavité pelvienne, et de trouver l'utérus immobile, enclavé au milieu d'une masse qui remplit le petit bassin et présente une dureté ligneuse. Impossible de rien distinguer dans cette masse, ni poche fluctuante, ni forme organique déterminée.

En présence de telles lésions, une intervention radicale me parut impossible, car la malade n'avait que le souffle. Or, elle me suppliait d'intervenir ; un refus catégorique l'eût désespérée en lui montrant ce que je pensais de l'avenir. Je résolus donc de faire un semblant d'intervention, c'est-à-dire une courte incision exploratrice, pour glisser un doigt, constater le magma d'adhérences et fermer bien vite la plaie. C'était littéralement lui donner l'illusion d'être opérée.

Cela fut fait le 6 février. Ouverture de 3 centimètres ; introduction de l'index, qui arrive sur une masse fibreuse où ne se reconnaissent plus ni l'utérus, ni les annexes ; aucun liquide n'est évacué, l'exploration dure une minute et la plaie est suturée ; dix minutes d'opération en tout.

Chose curieuse, la fièvre tombe et ne se reproduit plus. La douleur cesse absolument, la malade est tranquille et reposée ; au

bout de quelques jours, un nouvel examen ne décèle aucune trace d'albumine; l'appétit renaît, la bonne mine et les forces reviennent. Elle nous quitte au bout d'un mois, complètement transformée. Je la revois six mois plus tard: tout est souple dans la cavité pelvienne, elle travaille courageusement et ne souffre plus. Enfin, comme elle habite aux environs de l'hôpital, j'ai des nouvelles récentes, qui sont toujours aussi bonnes.

OBSERVATION II — (Richelot, *Ibid.*).

Fille de vingt ans. — L'effet fut moins radical, mais remarquable néanmoins.

Elle vint à l'hôpital en décembre 1890, dans un état très grave. Les douleurs étaient très intenses.

Rétroflexion de l'utérus, qui était absolument immobile.

Laparotomie. — Les adhérences entre le corps utérin et les annexes étaient telles que je dus renoncer à les rompre. Je laissai le tout en place et je refermai l'abdomen.

Quand elle quitta l'hôpital, elle n'avait plus aucune douleur. — Elle revint un mois plus tard avec des pertes blanches, pour lesquelles je fis un curage. — Mais avant même que cette opération l'eût déaarrassée de son catarrhe, elle était à peu près guérie et travaillait sans se plaindre.

OBSERVATION III — (Richelot, *Ibid.*).

Femme de trente-cinq ans; souffrant d'accès douloureux depuis quatre années et devenus très intenses depuis neuf mois.

Laparotomie le 6 avril 1891. — Ayant traversé une paroi chargée de graisse, je trouvai dans le petit bassin un magma d'adhérences inextricables, au milieu desquelles je parvins à énucléer péniblement un cylindre membraneux que je pris d'abord pour la trompe; c'était la fin de l'intestin grêle que je réintégrai bien vite à sa place, heureux de n'en avoir pas déchirée, mais

inquiet de l'avoir isolée, dépouillée de son mésentère, privée de ses vaisseaux, et craignant un peu le sphacèle de la paroi intestinale.

Je renonçai alors à me débrouiller au milieu de ce processus fibreux et je terminai l'opération en fermant l'abdomen.

Or, cette femme nous quitta le 26 avril, ne souffrant plus du tout ; elle revint nous voir le 6 mai, et je pus m'assurer que le toucher n'était plus du tout douloureux et que les organes du petit bassin avaient repris en grande partie leur souplesse ; je l'ai revue encore depuis cette époque, toujours guérie et ne se plaignant de rien.

OBSERVATION IV.— (Richelot, *Ibid.*).

Femme de trente-huit ans, opérée récemment, le 12 mai dernier et qui paraît d'ores et déjà guérie par une laparotomie exploratrice.

Elle avait des douleurs vives et une leucorrhée très abondante. J'ai reculé devant des adhérences totales confondant l'utérus et les annexes, et maintenant elle n'a plus ni douleurs, ni pertes blanches, le toucher ne donne plus du tout les mêmes sensations, et le succès thérapeutique n'est pas douteux.

(Deux mois après, M. Richelot constatait une amélioration très grande.)

OBSERVATION V — (Marchand, *Ibid.*).

J'ai observé deux cas semblables à ceux de M. Richelot : c'étaient deux femmes très malades que je croyais atteintes de pyo-salpingites.

J'ai trouvé dans le petit bassin des adhérences dures, lardacées, dont j'ai à peine décollé quelques-unes, mais je n'ai rien pu enlever et j'ai réfermé l'abdomen, après un tamponnement à la gaze iodoformée.

Chez ces deux malades, les douleurs ont absolument cessé, et au bout de quelques mois, j'ai trouvé les tissus assouplis et l'utérus mobile.

M. Villar, de Bordeaux, expose le cas suivant au dernier Congrès international de chirurgie de Rome.

OBSERVATION VII

(*Archives provinciales de chirurgie*, 1894.)

Adhérences péri-utérines formant tumeur. — Laparotomie exploratrice. — Guérison.

Marie X..., âgée de trente et un ans, concierge. Sans antécédents pathologiques. Réglée à quatorze ans, mariée à vingt-trois. Accouchement deux ans après. Depuis lors, elle se plaint de faiblesse dans le bas ventre.

Il y a trois ans, crises de douleurs atroces qui durent trois semaines, et qui se terminent par un écoulement de sang assez abondant par l'anus et le vagin.

Rechute le 2 mars 1892. — Rentrée à l'hôpital Saint-André le mois d'avril de la même année.

Le chirurgien qui la traitait trouvant les lésions trop étendues et jugeant l'état trop grave ne peut se décider à l'opérer et lui ordonna des injections et le repos.

Au mois de juillet elle revient à l'hôpital et rentre dans un autre service.

Examen. — Palper abdominal très douloureux, surtout à gauche, qui révèle l'existence d'une tuméfaction dure et volumineuse.

Le toucher fournit des renseignements très nets; le col est déjeté à droite et en haut, collé au pubis. Dans le cul-de-sac gauche existe une masse énorme de consistance dure, et en combinant le palper et le toucher, je reconnais qu'elle fait corps avec la tuméfaction sentie par le simple palper. Je trouve aussi du côté droit un empâtement très marqué. L'utérus est complètement immobilisé.

Vive douleur des deux côtés à l'exploration.

La malade est très amaigrie, d'une pâleur cadavérique, elle

souffre constamment du ventre; le sommeil et l'appétit font complètement défaut. Rien du côté de la poitrine.

La laparotomie fut décidée.

Opération. — L'opération fut faite le 4 août. Je tombai sur un utérus entouré par un magma d'adhérences formant surtout à gauche une véritable tumeur. Je cherche à détacher quelques adhérences; mais elles saignent abondamment et puis, comme elles empiètent sur l'intestin et la vessie, je juge prudent de m'arrêter et je referme le ventre.

Suites. — Les suites opératoires furent très simples; la malade souffrit à peine pendant les deux jours qui suivent l'opération; pas de vomissements; un seul cathétérisme, la malade urinant seule dès le soir de l'opération.

Réunion par première intention en quinze jours. La malade se lève le vingtième jour et quitte l'hôpital le 27 août, c'est-à-dire vingt-trois jours après l'opération.

Dès sa sortie on put constater par le toucher que le col avait repris en partie sa position normale et que l'empâtement des culs-de-sac avait beaucoup diminué.

Examen, le 17 mars 1894. — Il y a plus d'un an et demi que l'opération a été faite et voici ce que l'on constate chez l'opérée.

Le col est normal; l'utérus a repris sa position normale; il est bien mobile. On ne trouve absolument rien dans les culs-de-sac; pas de douleur à la pression.

Le palper abdominal, qui n'est pas douloureux, ne révèle pas l'existence de la moindre tuméfaction. La malade ne souffre de rien, l'appétit est excellent, le sommeil est régulier, la malade travaille toute la journée. Elle a considérablement engraisé.

Voilà une observation des plus complètes et qui est des plus probantes. Elle vient confirmer les résultats déjà observés par Richelot.

Ces succès inattendus dans les adhérences, parfois si considérables qu'elles peuvent simuler des tumeurs, sont des plus appréciables, car ces lésions, bénignes en elles-

mêmes, empruntaient un singulier caractère de gravité des symptômes intenses qu'elles déterminaient. De plus, ainsi que le disent les observateurs cités plus haut, toute intervention autre que la laparotomie exploratrice eût été téméraire; elle eût pu amener la mort de la malade par hémorragie ou collapsus, et, dans le cas le plus favorable, le chirurgien n'eût pu espérer de cure radicale.

Les deux observations qui suivent sont plus curieuses : la neuvième surtout, due à von Mosetig Moorhof eut un certain retentissement. Il ne s'agit plus en effet d'adhérences inflammatoires, mais de tumeurs volumineuses qui ont disparu après laparotomie exploratrice.

OBSERVATION VIII

(M. Duncan, *Transactions of the obstetrical Society*, 1893.)

Malade âgée de trente-trois ans vient le consulter. Elle avait des métrorragies profuses, était très anémiée et disait que son abdomen avait considérablement augmenté depuis trois mois.

A l'examen, une grosse tumeur au milieu du ventre, remontant à l'ombilic. Une exploration bimanuelle la montra continue à l'utérus (la sonde pénétrait de 4 pouces et demi). La malade paraissant dans un état très grave, la laparotomie fut faite ; mais la tumeur adhérait de tous côtés aux organes voisins et il eût été dangereux de l'extirper à cause de l'hémorragie. On n'enleva donc rien et le ventre fut refermé.

Un an après, la malade vint voir M. Duncan, qui, à sa grande stupéfaction, vit que la tumeur avait entièrement disparu et que l'utérus avait repris son volume normal. Or il avait porté le diagnostic de sarcome utérin.

OBSERVATION IX

(Von Mosetig Moorhof, *Wiener medizinische Presse*,
octobre 1888, n° 44.)

Femme qui fut envoyée dans son service avec le diagnostic de myo-fibrome utérin. Elle se plaignait de troubles urinaires, de douleurs dans le bassin, de constipation et de métrorragies abondantes. A l'examen, M. Mosetig constata une tumeur solide, immobile, qui occupait tout le bassin et qui s'étendait jusqu'à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic. L'orifice utérin était comprimé d'arrière en avant, et le cul-de-sac postérieur était rempli par la tumeur qui envoyait un prolongement dans le vagin. On fit la laparotomie le 7 octobre ; après l'incision des téguments abdominaux, on constata facilement qu'il s'agissait, en effet, d'un myo-fibrome de l'utérus, très vasculaire et très volumineux. La surface de la tumeur sous l'influence de l'exposition et du contact devint très congestionnée, et des ecchymoses apparurent sur plusieurs points. Aussi M. Mosetig se décida-t-il à refermer le ventre sans extirpation. Les suites opératoires furent excellentes, et au bout de quinze jours, la plaie était guérie. Examinant la malade quinze jours après, il fut très surpris de trouver la tumeur diminuée de plus de la moitié : le repli de Douglas, rempli naguère par la tumeur, était redevenu libre. Depuis cette opération, la malade se trouve beaucoup mieux, et, de fait, la tumeur a beaucoup diminué et ne dépasse guère actuellement le volume du poing.

OBSERVATION X

(J. G. Hiron, *American journal of obstetrics*, XXIV, 1891.)

Femme âgée de vingt-sept ans, mariée depuis douze ans ; un enfant il y a onze ans ; délivrée par le forceps ; trois ans après, elle a eu une fausse couche à six semaines ; quatre ans avant aujourd'hui, elle a eu une attaque de péritonite qui la confina au lit trois

mois. Il y a un an, elle a eu une déchirure unilatérale du col de l'utérus opérée avec succès, mais depuis l'opération, elle a été forcée de rester au lit pendant la menstruation et une semaine après avec de la dysménorrhée et des symptômes de péritonite pelvienne.

La dysménorrhée a pris naissance lors de la première attaque de péritonite, il y a quatre ans, mais la péritonite localisée qui l'accompagne est d'origine plus récente plus spécialement depuis l'opération sur le col.

Il y a six mois, elle présenta des symptômes plus inquiétants que d'ordinaire. C'est à cette époque que je la vis. Elle resta au lit huit semaines avec de la douleur pelvienne, du tympanisme et une température de 1 ou 2 degrés au-dessus de la normale.

Aussitôt qu'elle fut dans de bonnes conditions pour être soumise à l'opération, j'ouvris la cavité abdominale. L'épiploon était adhérent au bord du bassin et je dus le détacher pour aller à la recherche des ovaires et de l'utérus. Je trouvai facilement les ovaires ; ils occupaient l'espace pelvien de chaque côté de l'utérus, étaient tous deux kystiques et solidement fixés aux parois pelviennes.

Les kystes, qui semblaient avoir détruit tout le tissu ovarien avaient à peu près 1 inch (25 millimètres) $1/2$ de diamètre et les adhérences qui les attachaient étaient si solides et si fortes qu'elles résistaient à tous les efforts permis pour les rompre

Conséquemment j'abandonnai l'opération et je fermai l'incision, mais avec l'idée préconçue de ponctionner chaque kyste par le vagin à une date ultérieure, et s'il était nécessaire, de faire une seconde laparotomie.

Elle fit une rapide guérison de l'opération, et l'amélioration qui en résulta continua jusqu'à ces derniers temps. Elle se considère comme une femme bien portante, et vit en conséquence, montant à cheval, marchant, dansant, voyageant, etc. Les adhérences se sont relâchées et ont perdu toute consistance. La menstruation se fait régulièrement, sans exagération et sans douleur.

OBSERVATION XI

(Villar, *Arch. prov. de chir.*, 1894.)

Cancer du foie. — Ascite se reproduisant rapidement après chaque ponction. — Laparotomie exploratrice. — Influence très nette sur la marche de l'ascite.

M^{me} X, cinquante-quatre ans, ne présente rien de bien particulier au point de vue des antécédents héréditaires.

Réglée à quinze ans, mariée à vingt-trois ans, elle a eu trois enfants. La malade fait remonter le début de sa maladie à l'année 1888 ; depuis cette époque, en effet, elle se plaignait de temps à autre d'une douleur qui siégeait dans l'hypocondre droit ; cette douleur qui revenait sous forme de crises, disparaissait d'ailleurs rapidement.

Au mois de juillet 1891, le ventre augmenta de volume ; une ponction pratiquée quelque temps après permet de retirer 20 litres de liquide ascitique ; trois mois après, deuxième ponction. Puis il fallut ponctionner tous les mois ; enfin, on fut obligé de faire une ponction tous les huit jours environ, tant le liquide se reproduisait rapidement.

Dans les premiers temps, le malade reprenait ses occupations quatre à cinq jours après la ponction ; mais lorsqu'on fut arrivé aux ponctions hebdomadaires, la malade avait à peine le temps de se remettre, de sorte qu'elle était devenue infirme.

État actuel. — Lorsque je vis la malade pour la première fois, le ventre était considérablement distendu ; il y avait de l'œdème des jambes et la maigreur de la face et de la poitrine contrastait avec le développement exagéré du ventre. Constipation opiniâtre pas d'épistaxis pas de douleur de l'épaule droite, mais douleur au niveau de l'hypocondre droit.

L'auscultation du cœur révèle l'existence d'une insuffisance mitrale ; le cœur est hypertrophié. Les urines ne contiennent pas d'albumine.

Après avoir fait une ponction, je reconnais l'existence d'une tumeur abdominale dont voici les caractères : elle siège à droite, disparaît sous les fausses côtes et descend jusqu'à l'ombilic. La palpation, la percussion, l'examen des mouvements respiratoires indiquent que la tumeur siège dans le foie. Sa forme est assez arrondie; on ne sent pas de rebord tranchant.

Sa consistance est élastique; en pressant sur cette tumeur on réveille de la douleur.

J'hésitais entre une hypertrophie du foie et une tumeur maligne, tout en songeant au kyste hydatique. Une ponction pratiquée quelques jours plus tard ne donna que quelques gouttes de sang.

Après avoir suivi la malade quelque temps, je proposai une laparotomie exploratrice qui fut acceptée.

Je pratiquai cette opération le 27 septembre 1892. A cause de l'état du cœur, étant donné que mon intervention ne devait être que palliative, je ne voulus pas faire courir à la malade les risques du chloroforme. J'opérai donc sans anesthésie, après avoir insensibilisé la région.

Opération. — Je pratique mon incision sur la tumeur elle-même, dès que j'eus incisé le péritoine, il s'écoula du liquide ascitique en grande quantité. J'agrandis l'incision et je reconnus que j'avais affaire à un cancer du foie; il y avait même une adhérence néoplasique entre le foie et l'estomac. Je refermai le ventre aussitôt.

Suites opératoires fort simples. La malade, qui était venue se faire opérer à l'hôpital, n'étant pas bien installée chez elle, sort dix jours après l'opération.

Le liquide n'est pas revenu du tout pendant les trois premiers mois; au bout de ce temps, il y a eu un léger épanchement, mais on n'a fait aucune ponction depuis le jour de l'opération. L'état général était bon.

M^{me} X est morte au mois de juin 1893, des suites d'une broncho-pneumonie.

OBSERVATION XII

(Lawson Tait, *Edinburgh medical journ.*, novembre 1888.)

Femme S. A. M..., âgée de trente ans.

A l'examen, on trouva une sensation de fluctuation dans tous les diamètres de l'abdomen qui était uniformément distendu; on pouvait, quoiqu'elle ne fût pas bien nette, diagnostiquer un liquide enkysté.

Le chirurgien (Lawson Tait) commença l'opération, bien persuadé qu'il allait extraire un kyste de l'ovaire. Quand la tumeur apparut, sa couleur seule suffit à lui prouver que son diagnostic était erroné. Il l'examina soigneusement, et vit qu'elle plongeait dans le bassin, comme une masse compacte, et qu'elle n'y avait aucune adhérence. En remontant, il vit qu'elle se rattachait distinctement au foie par un pédicule de 6 à 7 pouces qui s'implantait sur la face inférieure et sur le bord antérieur de cet organe.

Il enfonça dans la tumeur à plusieurs reprises et profondément un trocart sans en faire sortir autre chose qu'une goutte ou deux de liquide clair.

L'abdomen fut refermé, et la malade qui avait été opérée le 12 janvier 1884 se trouva guérie le 30.

Elle revint voir Lawson Tait tous les trois ou quatre mois, et celui-ci se contenta de lui prescrire un régime tonique.

Depuis l'opération la malade est en parfaite santé. La tumeur a diminué graduellement, en se rétractant vers le foie. Actuellement elle ne dépasse pas le volume du poing.

Lawson Tait ajoute dans sa communication qu'il ne peut définir la nature de cette tumeur; « elle ne ressemblait, dit-il, à rien de ce que je connaissais jusqu'alors ».

Elle n'était pas recouverte de tissu hépatique, ce n'était assurément pas un kyste hydatique, et, malgré la pseudo-

fluctuation perçue à l'examen, elle ne contenait pas de liquide.

L'observation suivante est plus curieuse encore, car elle a trait à un cas où le chirurgien anglais avait constaté des nodules cancéreux à la surface du foie d'une malade qui fut cependant guérie par une simple laparotomie exploratrice.

OBSERVATION XIII (Lawson Tait, *Ibid*).

Femme âgée de cinquante-quatre ans, se présente avec des symptômes qui avaient fait diagnostiquer chez elle des calculs biliaires.

En la voyant, l'auteur pense à un cancer du foie. Il fait une incision exploratrice, et trouve cet organe couvert de gros noyaux indurés. L'un d'eux affectait une forme qui l'avait fait confondre avec la vésicule biliaire distendue. Il ne toucha à rien, se contenta d'examiner attentivement, et, d'après l'un des nodules, crut son diagnostic confirmé.

Cependant, la malade guérit parfaitement, et, tout dernièrement, se portait encore très bien, quoiqu'on lui en eût donné à peine pour quelques mois.

OBSERVATION XIV

(P. Delbet, *Société Anat. de Paris*, 1892).

Enfant de deux ans et quatre mois, porteur d'une volumineuse tumeur de l'hypocondre droit, état général très mauvais, faisant craindre une terminaison fatale à bref délai.

Delbet pensa à une syphilis hépatique, mais le médecin de la famille ayant affirmé qu'il ne pouvait en être question, il lui fallut se rabattre sur le diagnostic de néoplasme du foie.

Laparotomie exploratrice : la tumeur est formée par le foie considérablement augmenté de volume; dans l'épiploon gastro-

hépatique on trouve une masse considérable de ganglions hypertrophiés ; sous le péritoine pariétal, le long du bord externe du muscle droit existe une série de nodosités qui donne l'impression d'une chaîne de ganglions indurés. Le ventre est refermé.

Dès le troisième jour, l'enfant avait repris l'appétit et la gaieté ; on avait toutes les peines du monde à le tenir au lit. Dès qu'on le laissa se lever, il se mit à jouer avec les enfants de son âge, ce qu'il n'avait pas fait depuis longtemps.

Deux mois et vingt jours après l'opération, il fallait chercher le foie sous les fausses côtes, l'enfant était complètement guéri.

A noter, l'apparition, quelques jours plus tard, de trois gourmes, l'une frontale, deux sur le cuir chevelu. Il s'agissait donc bien d'une syphilis hépatique.

OBSERVATION XV, inédite (Jaboulay).

Homme cinquante ans, cocher. Pas d'antécédents remarquables rentre à l'Hôtel-Dieu au mois de juin 1893.

Il est très affaibli et a beaucoup maigri. Il ne pouvait plus se nourrir ; vomissements constants. Rien ne passait.

Au palper on sentait une masse assez bien circonscrite qui fit penser à un cancer du pylore.

Il fut opéré quelques jours après par M. Jaboulay qui se trouva, après incision médiane en face d'une masse énorme formée d'adhérences très tenaces entre le hile du foie, la petite courbure et le côlon transverse qui cachait l'estomac.

On ne put songer à les détruire, et, sans que le diagnostic en fût modifié, on referma l'abdomen.

Le soir même le malade put prendre du lait, le surlendemain, au grand étonnement de tous, il avalait un beefsteack et demanda à sortir de l'hôpital sitôt que la cicatrice fut guérie.

Pendant cinq ou six mois il reprit son ancien métier, mangeant et buvant comme par le passé, jusqu'à ce que, l'affection maligne ayant suivi son cours, il revint à l'Hôtel-Dieu le 2 novembre de la même année. La tumeur était énorme.

Le malade mourut de cachexie cancéreuse le 2 mars 1894.

Autopsie. — Ascite considérable. Foie énorme, pesant 4 kilogrammes. Le lobe gauche était adhérent à la paroi thoracique, en arrière adhérent au diaphragme.

Adhérence du côlon transverse au foie et au hile du foie, d'où difficulté de découvrir l'estomac. La petite courbure est adhérente au hile du foie; le grand cul-de-sac gastrique est tout à fait en arrière.

Le foie a un aspect granuleux, aspect de cancer avec cirrhose (Sabourin, Kelsch et Kiener).

Le foie est très dur et présente plusieurs nodules variant de grosseur jusqu'au volume d'une noisette.

Les lésions sont très nombreuses au lobe gauche.

Le lobe droit offre plutôt une surface lisse avec des nodosités peu nombreuses.

Le grand épiploon remonte jusqu'au foie et y adhère. Quelques ganglions augmentés de volume le long de la petite courbure.

Au niveau du pylore on trouve un petit nodule mobile très faible qui n'est certainement pas la lésion primitive.

Si l'on consulte parallèlement cette observation et l'autopsie qui la complète, on s'aperçoit que le cas est assez curieux. Les phénomènes d'obstruction pylorique, les vomissements continuels, le dépérissement progressif du malade permettaient, avec le siège de la tumeur qui paraissait bien limitée, de croire à un carcinome de l'estomac ayant envahi le pylore.

On fait une laparotomie, on tombe sur des adhérences multiples et très consistantes, et, sans modifier le diagnostic, on referme l'abdomen. Il était permis de s'étonner en voyant véritablement ressuscité cet homme déjà cachectique.

Nous essayerons au chapitre II de donner l'explication de cette guérison miraculeuse.

OBSERVATION XVI

(M. Montaz, Congrès de chirurgie de Lyon, 1894).

Au huitième Congrès de Chirurgie tenu à Lyon, du 9 au 13 octobre 1894, nous avons assisté à la communication de M. Montaz (de Grenoble), sur 35 cas de chirurgie de l'estomac.

Or, voici une déclaration qui intéresse spécialement notre étude. « Onze cas de laparotomie ont été suivis d'une amélioration très appréciable dans quelques cas, bien que l'opération ait été simplement exploratrice, ce qui est analogue à ce que l'on observe dans la péritonite tuberculeuse ».

OBSERVATION XVII

(Treves, *British med. Journal*, fév. 1889).

M. Treves rapporte à la Société de Médecine de Londres un cas de cancer du pylore dans lequel l'incision exploratrice a produit une amélioration temporaire telle, qu'on en était arrivé à douter du diagnostic.

OBSERVATION XVIII

(Richelot, *Société de Chirurgie*, 1894).

En 1886, à l'hôpital Saint-Antoine, j'ai opéré un homme de cinquante-deux ans, cachectique, atteint d'une dysphagie œsophagienne extrêmement grave, que j'attribuais à un rétrécissement de l'œsophage, probablement de nature cancéreuse.

Je fis la laparotomie, dans l'intention de faire la gastrotomie, et je trouvai la paroi antérieure de l'estomac absolument infiltrée de cancer. Les adhérences étaient telles qu'il me fut impossible d'attirer l'organe au dehors pour établir une bouche. L'intervention resta purement exploratrice.

Peu de temps après, cet homme, dont la dysphagie était extrême, mangeait de la viande et quittait l'hôpital très amélioré.

Rate et Pancréas

OBSERVATION XIX

(Marchand, *Société de Chir.*, nov. 1892).
(Présentée au nom de M. Raymond, de Limoges.)

Femme, âgée de trente-huit ans, dont la maladie remontait à deux ans. Dans ses antécédents, rien de particulier, sauf qu'elle eut des accidents palustres à l'âge de sept ans.

Ascite considérable ayant résisté à plusieurs ponctions. Après une de ces ponctions, on avait constaté dans l'hypocondre gauche, une tumeur aplatie paraissant mobile et dont le siège pouvait être localisé à la rate, en raison de sa forme et de sa situation.

Il y avait un état fébrile continu. La respiration était presque constamment gênée, il y avait de l'œdème des membres inférieurs, et devant l'évidence d'une terminaison fatale, on décida l'ablation de la rate, et l'on pratiqua une laparotomie qui devait rester exploratrice.

On trouva une rate volumineuse, simplement hypertrophiée et on referma l'abdomen.

Le lendemain, un mieux sensible se déclara, il se produisit une véritable polyurie qui dura plusieurs jours, l'œdème avait disparu, ainsi que l'ascite.

La tumeur diminua de volume progressivement et quelques mois plus tard était beaucoup amoindrie.

Trois cas de Lawson Tait, simplement mentionnés par lui dans l'article cité plus haut.

OBSERVATION XX

Le chirurgien anglais déclare avoir tenté, quatre fois seulement dans sa vie, la laparotomie, dans le but d'extirper des rates hyper-

trophées. « Chaque fois j'ai été détourné de l'intervention radicale par le peu d'espoir que j'avais d'y voir survivre le malade. Chose étrange à constater, chez trois de mes quatre opérés la tuméfaction a disparu, et il y a peu de temps, ils étaient tous trois en parfaite santé.

Sans tirer de ces faits une conclusion formelle, il est permis de s'y arrêter et de réfléchir à des résultats aussi inattendus. L'autorité des rapporteurs nous défend de les mettre en doute et, si on les compare aux statistiques peu encourageantes des splénectomies pratiquées ces dernières années, on peut y noter les proportions suivantes : un succès sur 19 cas de rates leucémiques, un sur 14 dans le cas de simple hypertrophie.

D'après M. O. Vulpins (*Contributions à la clin. et phys. de la rate*), sur vingt-huit cas de rates leucémiques, une seule guérison. La mort survient le plus souvent par suite de la diathèse hémorragique, compagne fidèle de toute leucémie avancée.

De plus, ainsi que l'a fait remarquer Spencer Wells, en enlevant des rates hypertrophées, songe-t-on assez à l'énorme quantité de sang que l'on soustrait ainsi à l'organisme ? Dans un cas de rate pesant 6 ou 7 kilogrammes qu'il avait extirpée, il constata, après que tout le sang s'en fut écoulé, une diminution de poids de près de 2 kilogrammes. Et il nous faut encore compter avec une leucémie post-opératoire lorsque les conditions sont au plus favorables.

L'observation suivante n'est pas moins intéressante que les précédentes. Elle a trait à une tumeur de la tête du pancréas dont Lawson Tait n'ose affirmer la nature.

OBSERVATION XXI (Lawson Tait, *Id.*).

Femme de quarante-neuf ans. Elle souffrait depuis plusieurs mois et des médecins avaient diagnostiqué : « calculs biliaires ». On pouvait en effet délimiter une tumeur qui paraissait être la vésicule biliaire.

L'auteur l'examina et pensa que cette tumeur était trop bas. De plus, elle adhérait à la partie profonde de l'abdomen. Il en conclut qu'il avait affaire à une tumeur de la tête du pancréas. De plus, connaissant depuis longtemps la malade, il la trouva si changée et d'un aspect si caractéristique, qu'il ne conserva pas l'ombre d'un doute sur la nature cancéreuse de l'affection.

Cédant aux sollicitations de la famille et en dépit de sa conviction, il fit une incision exploratrice pour éclairer son diagnostic. Il trouva une masse indurée à la tête du pancréas, parfaitement adhérente, et tellement typique que sans même y enfoncer d'aiguille exploratrice, il referma l'abdomen.

Au bout de quelques jours la malade commença à se remettre, elle recouvra toute sa santé en six ou sept semaines. On ne trouva plus de trace de la tumeur. Après trois ans, son état s'était maintenu excellent.

OBSERVATION XXII

(Villar, *Arch. prov. de Chirurg.*, 1894)

Sarcome généralisé du péritoine. — Ascite considérable. — Laparotomie exploratrice. — Influence de cette opération sur la marche de l'ascite.

Jeanne X..., âgée de trente ans, sa mère et une de ses tantes (sœur de sa mère) sont mortes d'une affection cancéreuse de l'abdomen.

La malade a une fille pour laquelle l'accouchement fut tout à fait

normal; cette fille, aujourd'hui âgée de treize ans, est d'un tempérament peu robuste, sans cependant être jamais malade.

Jeanne X... a toujours joui d'une bonne santé; ce n'est qu'à la fin de l'année 1890 qu'elle a commencé à souffrir un peu du ventre. En 1891 le ventre augmente de volume. Elle vient à l'hôpital Saint-André au mois de décembre 1892.

Etat actuel. — Le ventre est énorme et il est difficile d'en pratiquer l'examen. Le toucher vaginal ne donne aucune indication. Ne pouvant porter un diagnostic ferme et soupçonnant seulement l'existence d'une tumeur abdominale accompagnée d'ascite, je me décide à pratiquer une laparotomie exploratrice.

Opération. — L'opération est pratiquée le 16 décembre; dès que le ventre est ouvert, il s'en écoule une quantité considérable de liquide ascitique; j'agrandis mon incision et je reconnais que l'épiploon et toute la masse intestinale sont parsemés de granulations de mauvaise nature, probablement sarcomateuses.

Après avoir bien évacué le liquide ascitique, je referme le ventre.

Les suites immédiates de l'opération furent des plus simples; il ne se produisit aucun accident et la plaie abdominale guérit rapidement.

Mais la convalescence fut entravée par l'état de faiblesse de la malade.

Celle-ci quitta l'hôpital au mois de février 1893.

Rentrée dans son pays, elle alla bien tout d'abord; l'ascite ne se reproduisit que quelque temps après l'opération et encore moins abondante qu'autrefois; on dut faire quelques ponctions.

La malade mourut le 12 décembre.

OBSERVATION XXIII

(Greig. Smith, *British medic. Journ.*, 17 janvier 1894.)

Homme âgé de vingt-cinq ans, présentant des symptômes d'occlusion intestinale dus, en apparence, à un néoplasme solide ayant le volume d'une noix de coco et situé à la partie inférieure de l'ab-

domen. La laparotomie exploratrice ayant montré que la tumeur avait contracté des adhérences avec l'intestin et qu'elle était probablement de nature maligne, on se borna à pratiquer une entérostomie pour lever l'occlusion intestinale.

Après l'opération, la tumeur commença à diminuer [lentement de volume. Six mois plus tard, lorsqu'on ouvrit de nouveau l'abdomen, dans le but de pratiquer l'entérorraphie, on put se convaincre que le néoplasme avait totalement disparu.

Cinq années se sont écoulées depuis, et l'opéré continue à jouir d'une bonne santé.

OBSERVATION XXIV (Greig. Smith, *loc. cit.*).

Femme de cinquante-cinq ans. La tumeur située à la région ombilicale avait contracté des adhérences avec l'ombilic. Elle était de forme globulaire et grosse comme la tête d'un enfant nouveau-né. Au cours de la laparotomie exploratrice, on trouva que l'intestin adhérait à la tumeur, laquelle paraissait de nature maligne. On laissa le néoplasme en place et on évacua simplement une petite collection muco-purulente située près de l'ombilic. Il en résulta une fistule qui persista deux ans. Dans la suite, la tumeur diminua de volume, puis disparut tout à fait; après quoi la fistule se ferma.

Actuellement cette femme se porte très bien.

OBSERVATION XXV (Greig. Smith, *Ibid.*).

Jenne [fille de dix-neuf ans. Cette malade portait une tumeur ayant les dimensions d'un utérus au huitième mois de la grossesse et distendant la partie supérieure droite de l'abdomen sans pénétrer dans la cavité pelvienne. On s'abstint d'extirper cette tumeur, car on s'aperçut, au cours de la laparotomie exploratrice, qu'elle présentait les apparences d'un néoplasme malin; on se contenta de pratiquer un anus contre nature.

Après l'opération, le néoplasme diminua graduellement de volume et finit par disparaître. On fit alors l'occlusion de l'anus contre nature.

L'état actuel de l'opérée est excellent.

OBSERVATION XXI (M. Bland Sutton, *Ibid.*)

Jeune garçon de onze ans présentant au niveau de la région abdominale gauche, des signes physiques analogues à ceux que l'on trouve habituellement dans l'appendicite.

Une incision pratiquée dans cette région donna d'abord issue à une petite quantité de pus. En pénétrant ensuite dans la cavité abdominale, l'opérateur découvrit une tumeur située dans le mésocôlon iliaque et ressemblant à un lymphosarcome.

Elle était si volumineuse et avait des adhérences tellement étendues que M. Sutton s'abstint de l'enlever.

Après l'opération, la tumeur diminua de volume, puis disparut complètement.

OBSERVATION XXVII (M. Bland Sutton, *Ibid.*)

Femme âgée de cinquante-deux ans qui présentait des symptômes d'occlusion intestinale à la région du côlon descendant.

L'S iliaque tuméfiée avait contracté des adhérences avec l'utérus qui était également augmenté de volume. L'opérateur crut à l'existence d'un cancer de l'intestin, mais la malade guérit complètement après une laparotomie exploratrice.

OBSERVATION XXVIII

(Dr. Mendé, *Trans. of the New-York obstetr. Society* 1891.

*Laparotomie exploratrice dans un cas d'ascite
sans diagnostic précis.*

Femme de trente ans environ. L'ascite s'était développée rapidement; il n'y avait pas de cachexie.

Il ouvrit l'abdomen, faisant une assez grande incision parce que le médecin de la malade lui avait dit avoir déjà ponctionné une fois et avoir alors trouvé une tumeur pelvienne. Le Dr Mendé introduisit les doigts à travers l'incision et trouva une masse papillomateuse entourant les ovaires, l'utérus, la vessie et le rectum; mais ne pouvant la remuer, il lava et ferma la plaie. Quatre semaines après, l'ascite était de nouveau revenue; sur la demande de la malade il ouvrit une deuxième fois l'abdomen et trouva les mêmes conditions que la première fois. Il essaya alors avec beaucoup plus de force de détacher la masse papillomateuse, mais l'hémorragie fut si abondante qu'il fut obligé de s'arrêter et de tamponner avec de la gaze. Il laissa environ deux semaines dans la plaie un drain en verre assez long pour permettre l'écoulement des liquides, puis il l'enleva et ferma la plaie. La femme eut une rapide guérison; l'ascite ne revint pas, et une année après le médecin trouva le sujet en bonne santé; on sentait encore la tumeur, mais son volume était bien moindre.

OBSERVATION XXIX

(Bazy, *Bulletin de la Société de chirurgie.*)

Homme de quarante-deux ans, marchand de vins, à qui a été faite le 4 octobre 1890 une cure radicale de hernie inguinale droite. Il sort guéri et se portant très bien. Quelque temps après il se plaint de malaises indéfinissables qui durent une huitaine de jours et cessent puis reparaissent avec un état de gravité suffisant pour nécessiter de nouveau son entrée à l'hôpital Beaujon. Il est atteint de fièvre et de vomissements, de diarrhée. M. Guyot dans le service duquel il est placé, constate l'existence d'une tumeur intra abdominale au niveau de l'ombilic; il se demande si ce ne serait pas une épiploïte déterminée par la ligature de l'épiploon au moment de l'opération de cure radicale. Mais en consultant l'observation du malade, on constata qu'il n'y avait pas eu ligature de l'épiploon.

Les accidents continuent la situation devenant critique; et mena-

cant de se dénouer à bref délai dans un sens mortel, MM. Guyot et Blazy sont d'accord pour faire une incision exploratrice.

Cette incision est faite le 1^{er} décembre; elle mesure 8 centimètres et porte mi partie au-dessus et mi-partie au dessous de l'ombilic, juste au niveau de la tumeur. L'abdomen ouvert, M. Bazy constate une tumeur avec les caractères trouvés pendant la vie, c'est-à-dire une tumeur du volume de la moitié d'un poing d'adulte légèrement bombée à la surface, rétropéritonéale, dure et adhérente à la colonne vertébrale. M. Bazy pense se trouver en présence d'adénopathies mésentériques symptomatiques d'un épithélioma localisé de l'intestin, et il se hâte de refermer le ventre en portant un diagnostic grave. Selon son habitude, il fait trois plans de suture, les deux profonds au catgut en surget, le superficiel en crin de Florence. M. Bazy avoue être étonné les jours suivants en voyant son malade aller bien; car les interventions chirurgicales *in extremis* chez les néoplasiques guérissent rarement.

Au sixième jour, en regardant et en palpant la région opératoire, il croit sentir une diminution de volume de la tumeur.

Lorsque le quatorzième jour, la malade quitta l'hôpital, la tumeur avait presque disparu. M. Bazy avait eu de ses nouvelles et avait appris qu'il se portait bien. Pour pouvoir donner son observation, il a voulu le revoir; il a constaté les faits suivants. Santé générale excellente. La cicatrice de la laparotomie exploratrice est parfaite, sans la plus petite nuance d'éventration, et en arrière on ne sent aucune tumeur. Du côté de la hernie, le résultat est absolu. La paroi est tout à fait résistante, et même plus résistante que du côté opposé.

OBSERVATION XXX (Pozzi, *Ibid.*)

Chez une malade qui avait une grosse tumeur et une ascite considérable, j'ai trouvé après l'incision un magma d'adhérences intestinales et de nombreuses végétations de mauvaise nature répandues dans l'abdomen. J'ai refermé le ventre et fait un drainage

avec la gaze iodoformée non sans avoir de grandes inquiétudes sur l'issue de mon intervention. Or la malade s'en est trouvée fort bien, l'ascite est restée huit mois sans reparaitre et après deux ans mon opérée vivait encore.

OBSERVATION XXXI (Pozzi, *Ibid.*).

Récemment à l'hôpital, chez une jeune femme ayant une très grosse tumeur et un mauvais état général, j'ai trouvé des végétations et des adhérences partout, et j'ai dû me borner à une incision exploratrice, suivie d'un petit drainage à la gaze iodoformée. Or cette malade, opérée depuis trois mois, est aujourd'hui comme ressuscitée.

OBSERVATION XXXII (Routier, *Ibid.*)

Si M. Terrillon était ici, il nous parlerait sans doute d'une malade de dix-huit ou dix-neuf ans qu'il a opérée il y a quelques années pour une grosse tumeur, laquelle après incision abdominale, fut considérée comme un sarcome inopérable et laissée en place. Cette malade a été revue l'année dernière en parfaite santé.

OBSERVATION XXXIII (Routier, *Ibid.*)

Pour mon compte, j'ai vu un fait analogue il y a quatorze mois, tumeur maligne inopérable, évacuation du liquide ascitique, guérison; la malade s'est très bien portée jusqu'au mois dernier et maintenant seulement l'ascite se reproduit et le cancer reprend ses droits.

OBSERVATION XXXIV (Terrier, *Ibid.*).

Si M. Nicaise était présent, il pourrait nous rappeler l'histoire d'une de ses parentes qui fut opérée dans mon service de la Salpêtrière, il y a douze ou treize ans, pour des tumeurs multiples

végétantes qui furent considérées comme des sarcomes. Il y avait une ascite considérable. Le liquide évacué par la laparotomie reparut plus tard. On fit des ponctions successives pendant longtemps, puis l'ascite resta guérie. On ne fait plus rien aujourd'hui et la malade est très bien portante.

CHAPITRE III

Discussion du mode d'action de la laparotomie exploratrice

Quoique nous ayons réussi à recueillir plus de trente cas à l'appui de notre sujet, on peut se permettre d'avancer qu'il en existe certainement un plus grand nombre d'inédits qui auraient peut-être singulièrement facilité notre tâche. La raison en est bien simple : Comment expliquer les faits ?

En général, et c'est un sentiment bien humain, on n'aime pas afficher une incapacité quelconque : on est témoin, dans sa pratique journalière, d'un cas très intéressant, mais qui ne correspond à rien de connu, on préfère se reposer sur le hasard, explication des plus commodes, ou se dire qu'on avait fait une erreur de diagnostic.

Ainsi que nous l'avons dit plus haut, il n'a cependant pas manqué d'hypothèses sur le mode d'action de la laparotomie exploratrice.

La plus simple et la moins vraisemblable, est qu'il s'agit ici d'une nouvelle action spécifique de cette bienfaisante intervention. Qu'on l'admette jusqu'à un certain point pour la péritonite tuberculeuse, où un seul et même agent bacillaire peut être incriminé, cela se conçoit; mais ce serait faire de la laparotomie un véritable Protée providentiel, agissant sous mille formes, quoique n'ayant qu'un seul et unique pouvoir. Une telle hypothèse est inadmissible si l'on se rappelle la variété absolue des lésions signalées plus haut, depuis le vulgaire processus fibreux d'origine inflammatoire jusqu'à la tumeur maligne elle-même, s'il faut en croire des cliniciens comme Lawson Tait, Greig-Smith, etc

Le mieux à notre avis est de procéder par décomposition de cette influence si étendue d'une laparotomie. L'éclectisme nous permettra de réunir quelques raisons avancées par divers auteurs, et qui ont chacune une certaine valeur. Prises séparément, elles sont d'une insuffisance notoire, mais on verra que leur action combinée (et elle est très admissible dans certains cas) peut rendre compte de faits jugés mystérieux par bien des observateurs.

Nous essayerons, en suivant l'ordre et la nature des lésions améliorées ou guéries, de leur trouver une raison d'être spéciale.

- A. La laparotomie fut-elle exclusivement exploratrice?
- B. Action décompressive par évacuation.
- C. — — — par l'incision simple.
- D. Action trophique.

- E. Action réflexe.
- F. Action mécanique.
- G. Action dérivative.
- H. Autres actions probables.

A. La laparotomie fut-elle exclusivement exploratrice ?

Processus fibreux du petit bassin. — La laparotomie exploratrice doit être une opération de contrôle, permettant de ratifier ou de compléter le diagnostic, en même temps qu'une intervention plus radicale s'il y a lieu. Il y a deux termes à considérer dans cette simple définition. 1^o Laparotomie : c'est l'action d'inciser la paroi abdominale, de la séparer dans toute son épaisseur, d'ouvrir une fenêtre sur la grande cavité péritonéale. — Ce premier temps ne varie guère : que l'incision soit de 4 ou de 10 centimètres, qu'elle soit faite plus ou moins haut, ce n'est jamais qu'un coup de bistouri qui, après avoir fait la sainte terreur de bien des générations de chirurgiens, est devenu, par le fait de l'antisepsie, d'une bénignité parfaite.

Or, ce n'est précisément pas sur ce premier terme indiscutable et invariable de la définition que porteront nos recherches, mais bien sur cette qualification d'« exploratrice » assez indécise qui la complète.

L'exploration peut se faire à l'œil, lorsqu'on tombe sur une lésion superficielle, évidente, qui tranche le diagnostic ; mais combien de fois s'en tient-on à cette inspection sommaire quand on est en face d'une affection sérieuse, comme c'est presque toujours le cas ?

C'est le doigt du chirurgien qui devient explorateur. Tantôt il faudra se rendre compte de l'état du péritoine, tantôt palper une masse assez indécise. — Le doigt va chercher la lésion, soulève les anses intestinales, les écarte, les tire un peu dans tous les sens, brise de très légères adhérences sans qu'on s'en aperçoive. D'autres fois il va plonger profondément dans le bassin pour explorer la région péri-utérine et constater l'état des annexes.

Or, il est facile de se faire une idée de la perturbation relativement importante produite par cette exploration sur l'innervation et la circulation d'organes aussi fragiles au moindre traumatisme.

N'est-ce pas ainsi qu'il fut fait pour ces adhérences fibreuses occupant tout le petit bassin ? Marchand, dans les deux cas qu'il cite, J. G. Hirons, Villar dans leurs observations avouent avoir détaché quelques adhérences. — Le premier renonça à continuer, devant la multiplicité des cloisons, le second les trouva trop résistantes, Villar, enfin, fut arrêté par l'hémorragie. — Richelot seul affirme s'en être tenu à l'exploration pure et simple. — Dans l'observation I en effet, il fit à peine une boutonnière à l'abdomen et introduisit le doigt. Cela ne dura qu'une minute dit-il; mais dans ses autres laparatomies, il essaye tantôt de libérer une trompe (c'était l'intestin grêle), tantôt il déclare les adhérences trop fortes, trop résistantes. Cela revient à avouer des essais de rupture assez violents pour modifier très sensiblement la nutrition de ces brides membraneuses. Ce fut une sorte d'élongation que leur fit subir l'opérateur; on conçoit dès lors une amélioration rapide des symptômes douloureux qui dominent le tableau

clinique de ces affections, et qui sont dus probablement aux tiraillements des adhérences sur les organes qu'elles accolent.

C'est rapprocher beaucoup la laparatomie exploratrice de cette opération proposée par Polck et recommandée depuis par Lucas-Championnière qui consiste à déchirer les adhérences, mobiliser la trompe et l'ovaire et à refermer l'abdomen sans enlever aucun organe. Terrillon en fait le procès dans son livre *Salpingites et ovarites*, parce qu'il prévoit dans tous les cas la possibilité d'une intervention plus radicale, mais n'oublions pas que chez les malades explorés par Richelot, Villar, etc., il s'agissait de masses fibreuses où l'on ne distinguait ni l'utérus ni les annexes, d'adhérences ligneuses, lardacées, inextricables. On comprend dès lors que les résultats très satisfaisants obtenus ont pu paraître incompatibles avec une laparatomie exploratrice; ils ne le sont plus, ou tout au moins peuvent s'expliquer si l'on s'entend bien sur la nature de l'exploration subie par les lésions, déchirures partielles, tiraillements en tous sens, elongations, hémorragies.

Le processus adhésif se rencontre un peu partout dans la cavité abdominale, consécutivement à des inflammations circonscrites des organes qu'elle contient. On a tout récemment attiré l'attention sur ce point. Terrier, à deux reprises (mai et novembre 1894) a signalé à la Société de chirurgie quelques cas de lésions bénignes de l'estomac pouvant simuler le cancer et qu'une intervention sommaire avait guéries. Lenderer avait déjà cité un cas analogue. Bazy, Lucas-Championnière en ont observé de semblables.

Riedel, d'Iéna, a publié un long article sur les inflam-

mations adhésives qui se produisent dans la cavité abdominale, dans le domaine du tube gastro-intestinal, de la vésicule biliaire et des organes génitaux internes (*Arch. f. klin. Chirur.*, XLVII).

Ces divers observateurs ont été unanimes à constater que l'on pouvait beaucoup espérer de l'intervention chirurgicale, mais seulement dans le cas d'adhérences circonscrites.

Or, les cas auxquels se rapporte notre étude ont trait à des adhésions diffuses. Nous avons cru devoir insérer à propos des lésions de l'estomac guéries, par la laparotomie exploratrice, l'observation type, fournie par M. Terrier, où l'on peut comparer ces résultats parfaitement rationnels de la section d'adhérences limitées.

Les faits de cette sorte sont très voisins des nôtres, mais les adhésions reconnues par Richelot, Villar, etc., étaient diffuses, étendues à tout le petit bassin, et leur opération, qu'ils ont qualifiée de bonne foi d'exploratrice, a dû se réduire à quelques modifications des lésions.

Ces modifications peuvent, nous le répétons, nous donner l'explication plausible jusqu'à nouvel ordre, des améliorations qui ont suivi la laparotomie ainsi comprise.

B. Action décompressive par évacuation. •

Tumeurs avec ascite. — Par le fait de l'incision de la paroi abdominale, le chirurgien a évacué, dans plusieurs cas, le liquide ascitique qui la distendait.

Dans les observations de Villar, Pozzi, Routier, Terrier, D. R. Mundé, on note cette particularité. Villar en

rapporté même une où l'action de la laparatomie exploratrice sur la marche de l'ascite est clairement démontrée.

Il ne faut pas, à notre avis, passer légèrement sur cette évacuation du liquide ascitique et considérer l'action qu'elle peut avoir sur les lésions concomitantes.

1° Action directe sur la lésion.

Quand le flot ascitique s'est écoulé, l'œil du chirurgien peut constater sur les organes abdominaux des phénomènes assez intéressants. Il se produit une congestion générale par décompression. La masse liquide pressant sur les viscères en gênait la circulation. Soudain la pression tombe : les anses intestinales deviennent rouges, turgescents, il se produit un afflux de sang tel que les centres supérieurs en subissent souvent le contre-coup, par anémie et syncope consécutives. Ce sont des faits déjà bien connus.

Or, en rétablissant dans la lésion (que nous considérons comme tumeur indéfinie) une circulation puissante dans les capillaires et les lymphatiques, ne pouvant nous prétendre favoriser la régression des produits morbides, permettre ce phénomène mal défini de la résorption des tumeurs qu'il nous faut pourtant bien admettre ? Quel en est le mécanisme, c'est ce que nous n'essayerons pas d'expliquer. La congestion intense paraît en être la condition *sine qua non*. Alban Doran la relève de la plupart des cas de résorption dite spontanée des tumeurs, se manifestant par suite de grossesse, inflammations diverses, ménopause. Ici, l'évacuation de l'ascite suffit à produire une congestion favorable.

Wil. White et après lui Simon Duplay (*loc. cit.*) insistent sur l'influence de la décompression.. « Ne voit-on

pas, dit ce dernier » des exemples de cette action curative due à la diminution de pression, dans les cas de guérison à la suite de ponction simple d'un kyste, d'une hydrocèle ou d'une hydarthrose? (*Sem. médicale*, 1892). Ce rapprochement s'explique; dans le cas de tumeur, avec ascite la compression se faisait en sens contraire, de dehors en dedans. Les effets de la décompression sont identiques.

Du reste, est-il bien nécessaire de nous attarder sur la disparition complète de la tumeur? Consultons les cas auxquels nous faisons allusion sous le titre de tumeur avec ascite. — C'est surtout le symptôme ascite qui fut influencé par la laparotomie. — Villar dans l'observation XIV cite un cas où après huit mois, elle ne s'était pas reproduite, Routier quatorze mois; dans le cas observé par Nicaise et rapporté par Terrier, la malade, opérée pour sarcomes multiples avec ascite considérable fut guérie totalement de son ascite après quelques ponctions complémentaires, et de fait, après douze ou treize ans ses prétendus sarcomes ne paraissent plus exister.

En somme, si l'on veut n'admettre que des tumeurs d'ordre inflammatoire dans les cas de guérison totale, la décompression suivie de congestion intense serait une hypothèse très admissible, et l'observation de M. Terrier vient la confirmer, car cette poussée congestive curatrice se répéta chaque fois qu'on fit une nouvelle ponction pour achever de tarir l'ascite déjà grandement diminuée après la laparotomie exploratrice.

La collection liquide qui accompagne la tumeur a été supprimée pour longtemps, nous l'avons constaté plus

haut; cela ne suffirait-il pas à expliquer l'amélioration très notable de l'état général du sujet?

Que l'on s'imagine l'état d'un sujet porteur de quelques litres de liquide distendant son abdomen.

Toutes ses fonctions sont gênées : la respiration se fait avec difficulté; il a de la dyspnée presque constante; sans compter qu'il est exposé à des complications telles que la congestion pulmonaire, l'hydrothorax par propagation, etc.

La circulation est considérablement gênée, les veines caves sont comprimées, d'où œdème des membres inférieurs; compression des veines rénales et albuminurie congestive, thrombose, etc...

Du côté du tube digestif, les troubles ne sont pas moindres, anorexie, constipation, auto-intoxication, etc.

Que l'on s'imagine le sujet porteur d'une tumeur maligne; on voit combien la présence de cette ascite peut hâter une cachexie qui aurait peut-être été lente à s'établir.

Par la laparotomie exploratrice, on supprime cette cause de débilitation de l'organisme qui devient capable de lutter avec toutes les ressources de la respiration, de la circulation et de la nutrition contre le mal qui l'envahit.

Où les ponctions répétées avaient échoué, la laparotomie a réussi, il fallait ponctionner la malade tous les huit jours). Il y a donc lieu de ne pas la négliger, car elle a bien d'autres supériorités incontestables ainsi que nous le verrons plus loin.

Ainsi donc, l'action sur l'ascite symptomatique de tumeur est incontestable, et, d'après nous, on aura conclu trop vite à une amélioration directe de la lésion primitive

par la laparotomie explorative. Si on a pu la constater quelquefois, rien ne nous force à croire qu'il ne s'agisse pas d'une lésion simplement inflammatoire.

C. Décompression par l'incision simple.

Dans d'autres cas, il n'y a pas eu évacuation d'ascite.

Nous pouvons invoquer de nouveau l'action congestive de la laparotomie. Dans la cavité abdominale, les organes sont soumis, nous le savons, à une pression assez forte qui leur fait faire hernie à travers toute ouverture. En pratiquant une incision de quelques centimètres, nous relâchons les viscères comprimés en quelque sorte à l'état normal, et il en résulte une hyperhémie facile à constater.

C'est en somme la même théorie de la décompression exposée plus haut à propos de l'évacuation de l'ascite, elle est moins accentuée, voilà tout.

Les exemples n'en sont pas rares. Nous ne saurions mieux citer que le rapport de von Mosetig-Moorhof dans son observation. « La surface de la tumeur, sous l'influence de l'exposition à l'air et du contact des doigts, devint très congestionnée, et des ecchymoses apparurent sur plusieurs points. »

Ces ecchymoses observées prouvent l'intensité de la congestion dont fut le siège ce myofibrome très vasculaire et très volumineux. Van Mosetig oublia de les attribuer à la décompression mécanique réalisée par la laparotomie.

Et puisque nous avons mentionné l'exposition à l'air, qu'on nous permette de l'invoquer, quoique dans une très faible mesure pour aider à l'éclaircissement du problème.

On a fait intervenir cette action de l'air pour expliquer la guérison de la péritonite tuberculeuse. Sur quoi s'appuyait-on en somme ? On avait, il est vrai, la ressource d'incriminer un bacille bien connu et défini, que l'on supposait détruit par la seule influence de l'air.

Cependant, en fait, on a pu se baser depuis sur des expériences. Von Mosetig (Vienne, 1892) proposa même d'insuffler le péritoine tuberculeux, citant une observation à l'appui. Folet de Lille, tout récemment (27 novembre 1894), a fait une communication à la Société de Chirurgie qui confirme l'action curatrice de l'air sur la péritonite tuberculeuse.

Nous nous contenterons, avec W. White, Mosetig, etc., de poser simplement la question pour les lésions qui nous intéressent et dont nous tâchons d'expliquer l'amélioration.

Toujours dans la communication de von Mosetig-Moorhof à la Société Impériale des médecins de Vienne au sujet de son observation, nous relevons une allusion faite à l'influence de l'érysipèle sur la marche de certaines tumeurs. Elle a été dûment constatée, sur des sarcomes, des épithéliomes. Les quelques observations, incontestables du reste, que nous avons pu lire ne nous ont pourtant pas donné satisfaction complète : on ne donne pas non plus d'explication suffisante aux phénomènes constatés. Et cependant, on a essayé d'en tirer des résultats pratiques. Fehleisen (*Zur Aetiologie des Erysipels*, Berlin, 1883) a réussi à inoculer plusieurs fois l'érysipèle à l'homme. Ces tentatives nous semblent aussi peu justifiées, qu'il serait peu raisonnable de proposer la laparotomie exploratrice comme traitement systématique des tumeurs inopérables.

D. Action trophique.

Puisque nous en sommes au chapitre des hypothèses, pourquoi ne pas épuiser la série de celles qui peuvent être de quelque poids en la matière ?

M. Bazy (*Bull. de Soc. de Chirurgie*, XVII) faisant allusion aux faits dont nous nous occupons, et dont il citait lui-même deux exemples, proposait de les réunir sous la rubrique « Action trophique de la laparotomie exploratrice ».

Après avoir, comme nous, fait une classe distincte des cas analogues à ceux de M. Monod et dont M. Terrier a récemment repris l'étude, où la laparotomie a été faite pour remédier à des douleurs en libérant des adhérences épiplœiques causes de tiraillements, il déclare que « dans tous les autres cas, qu'il s'agisse de corps fibreux, de tumeurs diverses, d'ascite symptomatique et même de fièvre, tous doivent être compris sous la désignation d'action trophique des laparotomies exploratrices ».

Cette explication en vaut une autre : La nutrition des tissus est soumise à l'influence du système nerveux ; celle-ci s'exerce, en partie par l'intermédiaire des vaso-moteurs qui augmentent ou réduisent l'afflux sanguin, et en partie directement. C'est un fait acquis : le zona en est une preuve, ainsi que les amyotrophies et les lésions cutanées ou autres qui se développent sur le trajet d'un nerf enflammé.

L'influence trophique peut être mise en œuvre directement, sans aucun désordre d'innervation motrice ou sensitive, et, ne peut-on supposer que sans l'action du

traumatique opératoire elle ne puisse modifier la nutrition et la vitalité des tissus morbides ? Si nous nous en tenons de parti pris à des lésions inflammatoires, une telle explication vaut qu'on s'y arrête ; on peut admettre et l'on s' imagine sans trop de peine qu'une action trophique éveillée par la laparotomie exploratrice, vienne modifier dans un heureux sens des lésions relevant elles-mêmes soit de troubles trophiques, soit d'inflammation limitée.

Où la question reste aussi indéchiffrable, c'est quand il s'agit de tumeurs malignes. Il est permis d'être sceptique, mais il faut reconnaître cependant que Lawson Tait est une autorité. Or, n'avons-nous pas consigné plus haut, des cas de cancer du foie, de la tête du pancréas, affirmés par lui et disparus après la laparotomie exploratrice ? Jusqu'à preuve indiscutable, il vaut mieux douter du diagnostic puisque la guérison a été dûment constatée.

E. Action réflexe.

Une action non moins curieuse de la laparotomie exploratrice nous est révélée par l'observation due à M. Richelot. La lésion véritable était un cancer en nappe de la face antérieure de l'estomac, et cependant, d'après les symptômes, la dysphagie extrême en particulier qui affaiblissait le malade, on avait pu croire à un cancer avec rétrécissement de l'œsophage. On ouvre, on essaie vainement d'attirer en avant une paroi retenue par des adhérences multiples, et, malgré cette intervention restée forcément exploratrice, on constate dès le lendemain la disparition de la dysphagie. Le malade peut se nourrir sans difficulté.

Ces phénomènes relèvent d'actions réflexes mises en jeu par le premier temps de la gastrotomie. Il n'est pas rare, en effet, de constater, dans un cas de cancer du pylore un spasme du cardia assez intense pour faire croire à un cancer du cardia. On fait une laparotomie exploratrice, supposons que, comme dans le cas de Richelot, on ne puisse faire davantage; le traumatisme opératoire, la simple incision exploratrice a été le point de départ d'un réflexe qui a fait disparaître le spasme du cardia. Inversement, on a vu dans des cas de cancer du pylore le catéthérisme œsophagien lutter efficacement contre les troubles de canalisation consécutifs à cette grave lésion.

Ainsi donc, il faut dans ce cas comme dans tous les autres, savoir bien spécifier l'action palliative de la laparotomie, et ne pas conclure de la disparition de certains symptômes à une action directe sur la lésion.

F. Action mécanique.

D'autres fois, la laparotomie agit mécaniquement; par la simple modification des rapports des organes entre eux.

Prenons-en comme exemple l'observation XV (Jaboulay). Le malade présentait tous les symptômes d'un cancer avancé du pylore. La nutrition était rendue impossible par les vomissements continuels. Après la laparotomie, qui resta simplement exploratrice, tout avait disparu et le malade reprit le dur métier de cocher pendant six mois.

On aurait pu croire à une action directe sur la lésion supposée, si l'autopsie n'était venue tout expliquer.

Le pylore n'offrait qu'un petit noyau mobile qui n'était certainement pas la lésion primitive. C'était à un cancer du foie que l'on avait affaire.

Mais ce qui expliquait tous les symptômes observés, c'était cette masse fibreuse énorme formée par les adhérences de l'épiploon, du côlon transverse, de la petite courbure elle-même avec le hile du foie. Or, que s'était-il produit? Par suite de ces adhérences multiples, la grande courbure se trouvant tout à fait en arrière, on peut admettre, soit une compression produite au niveau du pylore, soit une torsion sur son axe, expliquée par le déplacement et le changement des rapports de ces organes entre eux, d'où résultait des troubles constants de canalisation à ce niveau.

On fait la laparotomie : ainsi que le montre l'autopsie, l'estomac est caché derrière ces adhérences multiples, le doigt du chirurgien, ainsi forcé à aller le chercher derrière cet obstacle, modifie plus ou moins les rapports de ces organes accolés et ce changement assez difficile à définir puisque l'observation ne le note même pas, se trouve avoir levé l'obstruction pylorique attribuée au cancer.

Du reste, sans faire intervenir le doigt de l'opérateur, n'avons-nous pas fait allusion plus haut à cette décompression très notable des viscères intra-abdominaux par la simple incision, décompression manifestée par des modifications circulatoires appréciables à l'œil?

G. Action dérivative.

Nous avons groupé sous la formule de « intestin, péritoine, épiploon », quelques observations assez peu pré-

cises quant au siège des lésions observées, et consécutivement améliorées.

On peut remarquer cependant une série de cinq cas successifs, empruntés, les trois premiers à Greig-Smith (de Bristol) et les autres à Bland-Sutton.

Ils offrent ceci de commun, que, ainsi que la discussion le prouva, dans la séance du 23 janvier 1894, à l'Académie royale de médecine et de chirurgie de Londres, il y avait toujours adhérence de la tumeur à l'intestin.

Il y a donc lieu de mettre en doute la nature maligne de ces tumeurs qui rétrocedèrent si facilement. Bland-Sutton croit, pour sa part, à leur nature inflammatoire. On peut, dit-il, invoquer comme cause génératrice de ces tumeurs, un processus phagocytaire intense se produisant autour d'un très petit trajet fistuleux communiquant avec l'intestin, et autour duquel se serait faite une prolifération de cellules embryonnaires ». Pour les deux observations qu'il rapporte, Bland-Sutton accepte cette explication qui permet de comprendre les résultats de la laparotomie. W. Priestley l'approuve et n'admet pas d'action quelle qu'elle soit, sur la marche des véritables tumeurs malignes.

Cependant Gr. Smith déclare ne pas avoir constaté la moindre communication avec l'intestin; dans un cas il fit une incision dans la tumeur. La surface de section était blanchâtre, brillante, et ne présentait pas l'aspect d'un produit de réaction inflammatoire.

Dans le cas où une légère collection purulente fut évacuée, il affirme que le liquide « était plutôt muqueux et sans odeur spéciale. Ces raisons ne sont pas suffisantes, à notre avis, pour empêcher d'admettre la nature inflam-

matoire de ces lésions, ainsi que le croit Bland Sutton ; nous ferons au besoin une exception en faveur du cas où Greig-Smith crut voir un lympho-sarcome.

Détaillons maintenant l'intervention chirurgicale. Au simple point de vue de la lésion elle-même, tumeur inflammatoire ou non, elle resta strictement exploratrice, mais il fut nécessaire de remédier aux accidents d'obstruction qui l'avaient imposée, et pour cela, on dut faire dans un cas l'entérostomie, dans un autre, on dut pratiquer un anus iliaque provisoire.

Or, en agissant ainsi, on dévie le cours des matières fécales, on supprime une cause d'irritation qui avait contribué à la naissance même des lésions. La cause ayant disparu, les effets disparaissent graduellement. Dans le cas de produits inflammatoires, la résorption n'offre rien que de très rationnel, et, s'il faut admettre que des tumeurs bien caractérisées ont suivi la même voie, nous pouvons n'y voir que des améliorations passagères dont on a déjà vu des exemples ailleurs.

Nous pouvons rattacher ces cas à la catégorie de ceux qui relèvent de la médication séparatiste que Soulier a étudiée sous le nom de médication désintercalante. Il la fait voir nettement dans les résultats de la gastro-entérostomie et de l'entéro-entérostomie de Maisonneuve, de même qu'il rapporte à ce principe les excellents résultats de la « nouvelle méthode opératoire pour la cure radicale du cancer du rectum », proposée par M. Polosson en 1884.

Un organe, ou plutôt une partie de cet organe, est-elle gravement atteinte : on peut l'empêcher de fonctionner, la mettre au repos, la « désintercaler » en quelque sorte de ce rouage en activité constante qui s'appelle l'organisme.

« On peut alors, sinon obtenir une amélioration dans tous les cas, du moins modifier heureusement l'état de la lésion et la préparer à subir une intervention plus radicale dans de meilleures conditions. »

Les résultats se sont montrés excellents dans les cas observés par Greig Smith où la dérivation des matières fécales a été totalement obtenue par une opération plus radicale, ils ne l'ont pas été moins dans ceux de Bland-Sutton, où une simple modification au cours des matières pouvait être le fait de la laparotomie exploratrice, ainsi qu'il l'explique lui-même.

On peut enfin ajouter à cette explication, toute particulière à cette catégorie de faits, toutes les hypothèses déjà faites sur l'action congestive, trophique, réflexe, etc., de la laparotomie exploratrice. Elles ont pu entrer pour une certaine part dans l'excellence des résultats.

H. Autres actions probables.

Deux hypothèses nous restent enfin à faire, ou plutôt deux questions peuvent encore se poser.

Est-il bien sûr que la tuberculose ait été complètement étrangère à la production des diverses lésions observées ? En cela, nous visons surtout les observations ayant trait à des masses fibreuses péri-utérines formant parfois tumeur. On peut, ainsi que le fait remarquer Alban Doran, observer des formes très curieuses dans les adhérences qui font suite à la péritonite tuberculeuse. Elles peuvent former des tumeurs véritables qui donnent la sensation exacte d'un kyste ou quelquefois même d'un néoplasme solide.

S'il en était ainsi, nous aurions affaire à de simples formes anormales d'un processus déjà bien connu et heureusement influencé par la laparotomie exploratrice. La spécificité des lésions expliquerait leur curabilité : mais remarquons cependant que si, d'un côté, elle en rend compte au point de vue de la destruction des agents morbides, il reste toujours à expliquer la résorption de ces masses fibreuses de nouvelle formation qui, elles, ne peuvent se contenter comme le bacille de la simple action de l'air.

Il faut alors avoir recours, pour expliquer leur disparition, aux hypothèses que nous avons faites pour les adhérences franchement inflammatoires, consécutives à la pelvi-péritonite intense qui se développe autour d'organes déjà malades (salpingites ovarites, etc.)

Enfin, n'a-t-on pas exagéré en faveur de la laparotomie exploratrice des succès redevables tout simplement au repos forcé qui en fut la suite. C'est un principe général et admis depuis longtemps, que les lésions inflammatoires subissent les modifications les plus variables du seul fait d'un repos bien gardé, du temps et de l'hygiène bien comprise.

Nous n'insisterons pas davantage, car ces observations ne peuvent détruire ce que les faits ont dûment établi, à savoir qu'il existe des cas, en dehors de la péritonite tuberculeuse, où la laparotomie exploratrice s'est manifestement révélée comme, parfois curatrice, plus souvent palliative.

Après avoir essayé d'expliquer les phénomènes intéressants notés dans nos observations, il nous reste à énoncer les avantages que l'on peut retirer de leur étude raisonnée.

CHAPITRE IV

Des indications de la laparotomie exploratrice.

Ainsi que nous l'avons dit dans notre introduction, notre but n'était pas de chercher des indications précises à la laparotomie exploratrice, de définir les cas où on puisse l'appliquer systématiquement, de l'élever, en somme au rang de traitement dans tout le sens scientifique du mot. Nous avons simplement voulu arriver à démontrer qu'il faut en user avec moins de réserve, en étendre les indications à un plus grand nombre de cas.

C'est dans ce but que nous avons cherché les arguments épars dans quelques intéressantes observations ; qu'ils aient une valeur aussi grande que nous l'avons cru, cela est discutable, mais il en est d'autres plus facilement admissibles qui, réunis aux nôtres, donneront quelque poids à notre démonstration.

Commençons, après avoir exposé les bienfaits de l'intervention, par nous demander quel mal elle peut faire.

C'est avec une conviction parfaite que nous répondons.

A. La laparotomie exploratrice n'est pas dangereuse.

En quoi consiste-t-elle en effet? Une simple incision, médiane ou latérale suivant les cas, de la paroi abdominale. Il fut un temps où cela était grave, très grave même, nous savons tous pourquoi. L'antisepsie a heureusement changé la face des choses, mais il n'y a pas si longtemps qu'un chirurgien anglais, Peasle, inspiré par « la crainte du péritoine » inventait un fin stylet destiné à être introduit dans l'abdomen à travers une étroite boutonnière pour chercher tout autour des tumeurs s'il y avait de larges adhérences.

Aujourd'hui, c'est chose admise qu'avec toutes les précautions antiseptiques nécessaires, une laparotomie doit être inoffensive.

Quand on a affaire à un sujet relativement vigoureux, chez qui les lésions ne sont pas à un degré voisin de la cachexie, la laparotomie exploratrice peut être tentée sans crainte. Quinze jours après, bien souvent il n'en reste plus grand'chose. Dans cette catégorie, nous placerons les femmes présentant ce que Richelot appelle le processus fibreux du petit bassin, suite de ces pelvi-péritonites à répétitions qui accompagnent tant d'affections de l'utérus et des annexes.

Il est évident, par contre, que, confiant en l'antisepsie parfaite, nous n'aurons pas la témérité d'intervenir sur de vieux cancéreux, ascitiques ou non, en pleine période de cachexie et de généralisation.

Ce serait les exposer à un choc peut-être mortel, sans le moindre espoir d'amélioration en rapport avec les dangers que l'on fait courir au malade.

Du reste, n'est-ce pas un principe, dans les tumeurs malignes d'intervenir le plus tôt possible ? La laparotomie exploratrice dans ces conditions est le moins que l'on doive faire, le pis-aller comme intervention, et il ne nous est pas venu un moment à l'esprit de la mettre en opposition avec l'opération plus complète qu'elle nous permet de pratiquer.

B. La laparotomie exploratrice vérifie le diagnostic et parfois le complète heureusement.

Le diagnostic est souvent singulièrement ardu à travers une paroi abdominale.

Dans le cas le plus favorable, qui peut affirmer qu'une lésion quelconque est incompatible avec une intervention radicale ? Qui nous dira que telle tumeur est inopérable, que telles adhérences sont indestructibles, etc. ? Et à plus forte raison quand la paroi est épaisse, infiltrée, qu'il y a de l'ascite surtout, sur quoi baser un diagnostic certain ? Derrière ces collections liquides qui sont le grand obstacle du palper abdominal, se cachent souvent des lésions bien moindres qu'on ne l'avait soupçonné, et la laparotomie exploratrice procure au chirurgien l'agréable surprise de remédier à un état peut-être jugé incurable.

Nous avons parlé de M. Terrier et de sa dernière communication à la Société de chirurgie. Elle a trait à des cas de cancer de l'estomac dûment diagnostiqués par des pra-

ticiens émérites, et qui se trouvaient réduits à de vulgaires adhérences fibreuses dont la destruction amenait la disparition complète des plus inquiétants symptômes.

Bien des chirurgiens ont eu de semblables méprises, et ils ont dû à la laparotomie exploratrice de voir des cas proclamés incurables devenir pour eux de magnifiques et très simples succès opératoires.

Nous n'insistons pas davantage. Ces avantages sont depuis longtemps discutés et appréciés ; bien peu les reculent aujourd'hui. Nous avons simplement voulu les rappeler pour y ajouter un dernier argument, tiré de cette courte étude, en faveur de la laparotomie exploratrice.

C. La laparotomie exerce quelquefois sur les lésions une action favorable.

Nous avons exposé des faits, presque tous différents, qui nous semblent le démontrer.

Nous avons pu constater cette action, palliative souvent curative parfois, sur les adhérences du petit bassin des tumeurs, d'origine inflammatoire ou de nature maligne siégeant au foie, à l'estomac, au pancréas, à l'intestin, etc.

Les théories que nous avons invoquées pour expliquer tant de phénomènes divers, ne suffisent pas à résoudre entièrement le problème, cela est plus que probable, néanmoins, nous répéterons que cette insuffisance notoire ne doit pas nous empêcher de tirer profit des faits.

Les agents de ces modifications consécutives à la laparotomie exploratrice échappent à notre contrôle, nous ne

pouvons en disposer à notre gré, les diriger, les mesurer, les exagérer suivant les besoins du cas, et cela explique pourquoi nous n'en pouvons faire un traitement systématique ; nous nous contenterons de l'indiquer comme une mesure à prendre le plus souvent possible pour la triple raison :

Qu'elle n'est pas dangereuse,

Qu'elle éclaire le diagnostic,

Qu'elle peut avoir une influence particulière sur les lésions.

CONCLUSIONS

I. La laparotomie restée exploratrice a procuré des succès inespérés, dans les cas d'adhérences très épaisses et très fortes (petit bassin) ; elle a fait disparaître des tumeurs dont quelques-unes étaient énormes et d'autres regardées comme malignes. Elle s'est montrée très efficace contre des ascites rebelles à des ponctions répétées, qui n'ont récidivé que quelques mois plus tard.

II. Ces résultats sont excellents, mais il ne faut pas en exagérer la portée, car l'explication en est possible si l'on détaille l'opération qui fut quelquefois plus complète que ne semble l'indiquer le titre de laparotomie exploratrice.

III. Des tumeurs auxquelles on n'avait pas touché ont diminué considérablement, et parfois même ont tout à fait disparu après laparotomie exploratrice. Cela peut s'expliquer à la rigueur si l'on admet que ces tumeurs étaient d'origine inflammatoire.

IV. Dans l'état actuel de la science, on ne peut admettre la guérison de tumeurs malignes par la simple laparotomie exploratrice. Le témoignage de Lawson Tait,

de Greig Smith, de Von Mosetig-Moorhof, etc., etc., ne peut nous suffire puisqu'ils n'ont pas appuyé leur dire de preuves anatomo-pathologiques.

V. Cependant une amélioration notable peut être réalisée indirectement par suite de la disparition de lésions concomitantes qui aggravent l'état du malade. Ascite, obstruction, spasmes réflexes, etc. En somme, la laparotomie exploratrice ne peut être dans ces cas qu'une opération palliative.

VI. Les résultats relevés dans ce travail ne peuvent nous autoriser à proposer la laparotomie exploratrice d'une façon systématique.

VII. Mais ils nous permettent de conseiller d'étendre avec moins de scrupules ses indications.

VIII. Sauf le cas de cachexie ou de lésions très avancées, elle n'est pas dangereuse.

IX. Elle permet de vérifier le diagnostic qui n'est jamais absolument certain, et dans quelques cas de le rectifier, et de reconnaître la possibilité d'une opération plus radicale.

X. Peut-être enfin nous donnera-t-elle des résultats inespérés, surprises agréables qui compensent largement le peu de mal qu'on a pu faire au malade, et le peu de danger auquel on l'a exposé.

Vu, bon à imprimer

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
POLLOSSON M.

Vu, bon à imprimer

LE DOYEN,
LORTET.

Vu, bon et permis d'imprimer

LE RECTEUR,
E. CHARLES.

